

# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P DE OBSTETRICIA**

## **Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del c.s. Villa norte en el periodo febrero – julio 2010**

**TESIS**

**Para optar el Titulo Profesional Licenciada en Obstetricia**

**AUTORES**

**Jhelyna Carolina Arenas Ayllon**

**Ana Luisa Victoria Vasquez Diaz**

**ASESOR**

**Mg. Emma Salazar Salvatierra**

**Lima-Perú**

**2011**



### *Dedicatoria:*

*La Presente tesis se la dedicamos a nuestros padres y hermanos por su amor inagotable, confianza y apoyo incondicional, a todas las Obstetrices y médicos gineco-obstétricos docentes que nos inculcaron el camino de la investigación y a todas las madres y niños por nacer que son la razón de nuestra profesión.*



### *Agradecimientos:*

*Un agradecimiento muy grande a nuestros padres por su apoyo incondicional,*

*A nuestra asesora la Mg. Emma Salazar Salvatierra por su paciencia,*

*y sus valiosos aportes para la realización de esta investigación,*

*A las usuarias del centro de salud Villa Norte que participaron de manera voluntaria en este trabajo.*

*A las obstetras del Centro Villa Norte por el apoyo en la recolección de datos.*



## ÍNDICE

### Resumen

<b>1. Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Centro de Salud “Villa del Norte”.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Planteamiento del problema.....</b>	<b>10</b>
3.1. Situación problemática característica.....	10
3.2. Formulación del problema .....	11
3.3. Justificación e importancia del problema.....	11
3.4. Objetivos .....	11
<b>4. Marco Teórico Conceptual.....</b>	<b>12</b>
4.1. Base Teórica científicas relacionadas al tema.....	12
4.2. Antecedentes del estudio.....	36
4.3. Definición de las variables.....	40
4.4. Operacionalización de las variables.....	41
<b>5. Materiales y Métodos.....</b>	<b>43</b>
5.1. Diseño de la investigación.....	43
5.2. Tipo de estudio.....	43
5.3. Ámbito de estudio.....	43
5.4. Selección de la población.....	43
5.5. Muestra .....	43
5.6. Criterios de inclusión.....	43
5.7. Criterios de exclusión.....	43
5.8. Análisis de información.....	44
5.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44



<b>6. Ética de la investigación.....</b>	<b>44</b>
6.1. Consideraciones éticas.....	44
6.2. Consentimiento informado.....	45
 <b>7. Resultados.....</b>	 <b>46</b>
 <b>8. Discusión.....</b>	 <b>58</b>
 <b>9. Conclusiones.....</b>	 <b>62</b>
 <b>10. Recomendaciones.....</b>	 <b>63</b>
 <b>11. Referencias bibliográficas.....</b>	 <b>64</b>
 <b>12. Anexos.....</b>	 <b>68</b>
10.1 Instrumento.....	68
10.2 Test de Edimburgo.....	70
10.3 Consentimiento Informado .....	71



## RESUMEN

**Introducción:** Se ha intentado reducir la mortalidad materna a través del control prenatal, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio, además se debe comenzar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz de disminuir la morbi - mortalidad materna. Estas actividades preventivas preconcepcionales forman parte de un abordaje más amplio que incluye la atención precoz a una mujer en edad fértil. Nuestra intención con este proyecto es revisar la información sobre esta actividad y favorecer su implementación como una actividad preventiva añadida.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa del Norte en el periodo Febrero – Julio 2010.

**Materiales y métodos:** Se presenta un estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, prospectivo, cuantitativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La población de estudio está conformada por 53 usuarias nulíparas que acudieron al consultorio externo de obstetricia del centro de salud “Villa Norte” durante el periodo de Febrero - Julio del 2010, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

**Resultados:** Se observó que el 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La falta de inmunizaciones representaron el segundo factor de riesgo más frecuente en esta población con 82.4%. En tercer lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares con 70.1%. La frecuencia del índice de masa corporal anormal que se registró en el estudio fue del 67.9%. El 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El menos del 50% de la población presento: la edad inadecuada para la gestación, el nivel de instrucción, hábitos nocivos en la pareja, estado civil, el ingreso mensual bajo, los trastornos del ánimo en las pacientes, número de las parejas sexuales mayor a 3, la anemia, las alteraciones de los niveles de glucosa, examen de orina patológico y los antecedentes patológicos personales. No se registraron casos de VIH+, grupo sanguíneo con factor Rh (-), sífilis, ni hábitos nocivos en las usuarias entrevistadas del centro de salud Villa del Norte.

**Palabras claves:** estudio preconcepcional, factores de riesgo, mujeres en edad fértil



## 1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres son cruciales para el desarrollo social y económico de sus sociedades, como miembros de la fuerza laboral y columna vertebral de los hogares.

Salvarle la vida a una mujer tiene importantes beneficios para su familia y comunidad, las muertes innecesarias de las mujeres son nuestro principal punto de acción.

Por tanto debemos tener en cuenta que la mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: lo que refleja problemas estructurales, tanto en el acceso como en la atención a la salud. <sup>(1)</sup>

Históricamente se ha intentado reducir la mortalidad materna a través del control prenatal, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio. A pesar de que aún se está lejos de universalizar estas prestaciones con la calidad suficiente, se debe comenzar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz de disminuir la morbi - mortalidad materna. <sup>(2)</sup> Estas actividades preventivas preconcepcionales forman parte de un abordaje más amplio que incluye la atención precoz a una mujer en edad fértil. <sup>(3)</sup>

Nuestra intención con este proyecto es revisar la información sobre esta actividad y favorecer su implementación como una actividad preventiva añadida a las que ya se realizan de forma rutinaria.

El proyecto contiene las siguientes partes: resumen ejecutivo, planteamiento del problema de investigación, marco teórico, objetivos generales y específicos, variables, la metodología y los aspectos administrativos necesarios para su realización. Además de ello contamos con la revisión bibliográfica y en los anexos la ficha técnica y la hoja de consentimiento informado.

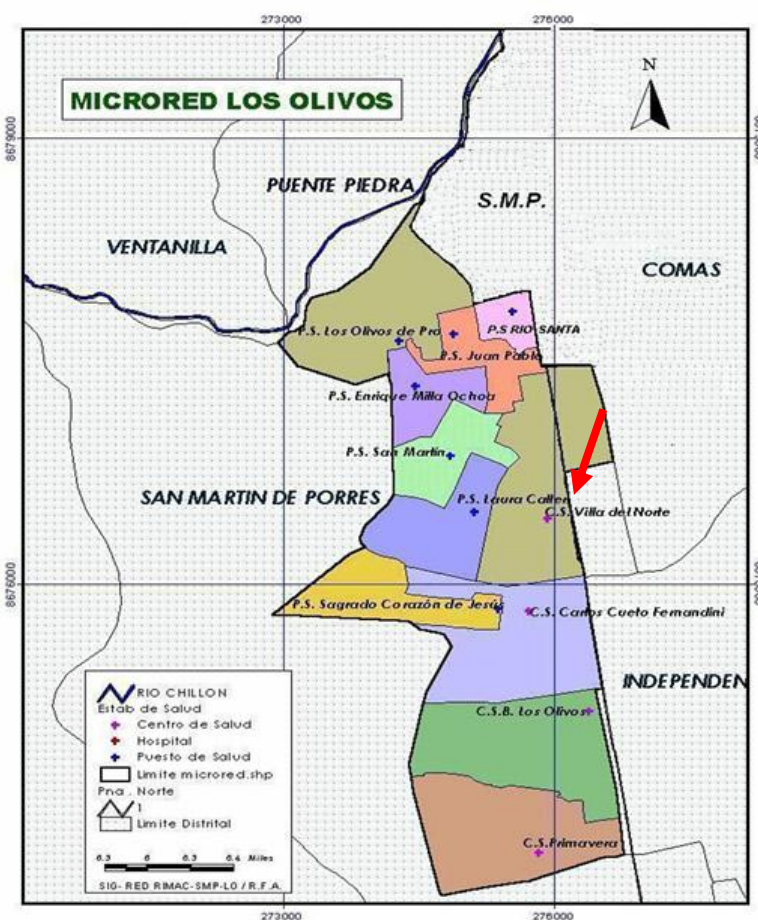
## 2. CENTRO DE SALUD “VILLA DEL NORTE”

El Centro de Salud “Villa del Norte”, pertenece a la Micro red Los Olivos que es dirigida por la Dirección de Red de Salud Rímac – SMP-LO.

El distrito de los Olivos cuenta con una población de 318,140 habitantes. De los cuales 171,795 son mujeres (54.2%).

En cuanto al aspecto socio económico, según el INEI (2007) el 82.7% del total de la población del distrito se encuentra en un estrato socioeconómico bajo y muy bajo, un 17% para el estrato socioeconómico medio y un 0.3% para el estrato socioeconómico alto.

La Micro red Los Olivos se encuentra ubicada en Av. Las Palmeras s/n Alt. Cdra. 43 entre Calles Elvira García y G. Alameda en el Segundo piso del CS. Carlos Cueto Fernandini.





un aproximado de 23 pacientes, mientras  
roximado de 16 pacientes al día.



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **3.1. Situación problemática característica**

La tasa de mortalidad materna indica el riesgo de muerte que corren las mujeres en cada embarazo. Cuando la fecundidad es elevada, las mujeres corren ese riesgo muchas veces a lo largo de sus vidas.

Para alcanzar el quinto ODM y reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes de 2015 hay que dar prioridad a la mejora de la atención sanitaria a las mujeres y a la consecución del acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde el inicio de la edad fértil. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo.

Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. <sup>(3)</sup> Una importante proporción de mujeres, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer. <sup>(4)</sup>

Al disminuir el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.



## **2.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa Norte en el periodo Febrero - Julio 2010?

## **2.3 Justificación e importancia del problema**

- Dada la elevada incidencia de mortalidad materna de 103 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (ENDES 2009) se requieren nuevas estrategias a nivel de atención primaria para reducir la mortalidad materna.<sup>(1)</sup>
- Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte.<sup>(3)</sup>
- Identificar los factores de riesgo sexuales y reproductivos o patológicos en una etapa preconcepcional permitirá brindar un tratamiento adecuado y oportuno a la mujer.
- Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre la importante lista de factores de riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa.
- La consulta preconcepcional brinda información sobre la salud de la mujer, lo que nos permite recomendar cambios de comportamientos que sean necesarios para mejorar su calidad de vida.

## **2.4 Objetivos**

### **Objetivo General**

- Determinar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa del Norte en el periodo Febrero – Julio 2010.

### **Objetivos específicos**

- Identificar oportunamente factores de riesgos reproductivos maternos y familiares.
- Identificar la presencia de enfermedades personales y familiares en las mujeres en edad fértil.
- Identificar factores de riesgo relacionados con el estilo de vida no saludable.



## 4. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 4.1. BASE TEÓRICA

#### **Salud Preconcepcional:**

Según la OMS, La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.

Del latín *Conceptio*, el término concepción hace referencia a la acción y efecto de concebir. Con la unión del gameto masculino (espermatozoide) y el gameto femenino (óvulo), se forma el cigoto y después el embrión que se desarrollara hasta el nacimiento.

Por tanto podemos decir que el estado preconcepcional es la etapa previa a la concepción.

#### **1. Cuidado preconcepcional:**

El cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer en edad fértil debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino y desarrollo de su hijo.

El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. <sup>(15)</sup>

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer, en especial para adolescentes. <sup>(16)</sup>



El mismo se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal. <sup>(17)</sup>

### **La Consulta Preconcepcional**

La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. *El momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación.*<sup>(18)</sup>

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario. De esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la salud y de prevención de defectos congénitos. Entre las mujeres que planifican una gestación, un alto número no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas, específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento, pero generalmente éste no está pautado o es limitado. Por todo ello, es necesario comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos y/o reconocidos en esta etapa. <sup>(17)</sup>

La consulta preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende en gran medida del estado de salud o enfermedad, nutrición, hábitos personales, estilo de vida e influencias ambientales de la mujer antes de concebir. <sup>(18)</sup>

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades



crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer. <sup>(19)</sup>

La consulta preconcepcional se debe realizar dentro del año que precede al comienzo del embarazo, y su contenido específico depende de las condiciones específicas que se dan en cada mujer y pareja. Aunque es posible un mínimo de acciones comunes, el contenido de la consulta ha de adaptarse a los problemas identificados. La asistencia preconcepcional debe ser sensible a los problemas que preocupan a la mujer que planifica su embarazo. <sup>(18)</sup>

Durante la gestación se presenta una serie de modificaciones tanto anatómicas como funcionales que comprometen a todos los órganos y sistemas de la embarazada. Estos cambios no son significativos antes de las 12 semanas. El volumen sanguíneo aumenta enormemente durante la gestación, a término se ha calculado que aumenta hasta en un 45%, con relación al estado no grávido, a partir de la semana 14<sup>o</sup> y se estabiliza al llegar a la semana 36<sup>o</sup>. <sup>(31)</sup>

- ▶ Evaluación del riesgo preconcepcional
- ▶ Pruebas de laboratorio
- ▶ Examen físico de la futura gestante
- ▶ Acciones educativas y promotoras de salud
- ▶ Información de riesgos detectados y asesoramiento
- ▶ Inicio de las acciones terapéuticas

Cada vez que una mujer se embaraza, existe una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo. Esto se conoce como **Riesgo Reproductivo**.

Históricamente se ha intentado reducir el mismo a través del control prenatal de calidad, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio. A pesar de que aún se está lejos de universalizar estas prestaciones con la calidad suficiente, se debe comenzar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz de disminuir el riesgo reproductivo.



Se conoce como *riesgo preconcepcional o reproductivo* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.<sup>6</sup>

Esto está condicionado por una serie de factores enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.<sup>6</sup>

## **FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL:**

### **DIMENSION FÍSICA:**

#### **Edad**

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional.

Se considera alto riesgo en el embarazo cuando las gestantes son menores de quince años o primíparas de más de treinta y cinco años de edad. La morbilidad fetal es alta entre las gestantes muy jóvenes y en la edad avanzada para el primer embarazo. <sup>(3)</sup>



## IMC

Nutrición: en la evaluación preconcepcional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada.

- IMC: Índice de masa corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

Bajo peso: < 18,5  
Normal: 18,5 - 24,9  
Sobrepeso: 25 – 29,9  
Obesidad: > 30

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distosias y complicaciones del parto.

El incremento de peso gestacional no es la única variable que determina el pronóstico del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, tiene la ventaja que puede ser modulado a través del control prenatal. La ganancia de peso debe ser definida específicamente para cada gestante, considerando fundamentalmente el peso preconcepcional o estado nutricional en el primer control prenatal. También es importante considerar la estatura materna (mayor ganancia a mayor talla), la edad (mayor ganancia en madres adolescentes) y los antecedentes de patologías o embarazos previos. Las recomendaciones de 1990 del Instituto de Medicina de los E.E.U.U. expresan los valores de incremento de peso en términos absolutos, lo que hace difícil establecer la proporcionalidad con respecto a la talla materna, como se describe a continuación:

**IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo < de 20.** Mujeres embarazadas con bajo IMC pregestacional deberán ser referidas para una completa evaluación dietética y nutricional y una monitorización de la ganancia de peso periódica en cada visita prenatal. El riesgo de bajo peso de nacimiento puede ser





reducido con una ganancia ponderal total entre 12,5 y 18,0 Kg, lo que equivale aproximadamente a 0,5 Kg por semana. Las causas de IMC bajo deben ser identificadas precozmente en el embarazo. Aunque un IMC cercano a 20 puede reflejar una condición de normalidad, se hace imperativo buscar otras causas que se puedan beneficiar con una intervención.

**IMC pregestacional entre 20 y 24,9.** Una mujer con peso saludable tiene el menor riesgo de obtener un RN de bajo peso o macrosómico. Mujeres con pesos pregestacionales en este rango deben ganar entre 11,5 y 16,0 Kg en total o alrededor de 0,4 Kg semanales, durante el segundo y tercer trimestre.

**IMC pregestacional entre 25 y 29,9.** Más frecuentemente presentan diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, particularmente si la ganancia de peso es alta. Embarazadas con un IMC sobre 25 deben ser referidas a evaluación nutricional y dietética. Se recomienda una ganancia de peso entre 7,0 y 11,5 Kg en total o aproximadamente 0,3 Kg por semana durante el segundo y tercer trimestre.

**IMC pregestacional mayor de 30.** Las mujeres con un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0,2 Kg/semanales) y no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad.<sup>(31)</sup>

## **DIMENSIÓN BIOQUÍMICA:**

### **Hemoglobina:**

Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico. Su presencia en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, de parto de pretérmino y de bajo peso al nacer.

Las anemias más características de la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro.
- Anemia por déficit de vitaminas: folatos y vitamina B<sub>12</sub>.



El límite de hemoglobina y hematocrito para definir anemia en personas que viven al nivel del mar son:

Grupo	Hemoglobina por debajo de	Hematocrito por debajo de
Mujeres no embarazadas	12.0 g/dl	36%
Mujeres embarazadas	11.0 g/dl	33%

## GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH

**Sistema ABO.** Desde el punto de vista bioquímico este sistema antigénico esta constituido por glucoesfingolípidos de amplia distribución, presentes en los eritrocitos, leucocitos, plaquetas, células endoteliales, epiteliales y en algunos casos también en forma soluble. Estos antígenos pueden estar ausentes (grupo O), expresar solamente antígeno A (grupo A), sólo antígeno B (grupo B), o ambos (grupo AB). Además en el suero de cada individuo se encuentran de manera constante anticuerpos naturales que reaccionan con los antígenos ausentes en sus hematíes.

**Sistema Rh.** Habitualmente la tipificación del sistema Rh se define como positivo si se detecta en los eritrocitos el antígeno proteico D, y negativo si este no está presente. Se habla entonces de individuos Rh (D) positivo o Rh (D) negativo.

### Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP)

**Por conflicto Rh (D):** La enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh (D) constituye una inmunohematopatía grave para el producto de la gestación por la anemia que le provoca, que puede llevar al desarrollo de graves complicaciones y hasta la muerte. Esta situación se genera cuando una madre Rh (D) negativo presenta aloanticuerpos contra el antígeno D del sistema Rh (D) positivos fetales determinando una hemólisis extravascular.

**Por incompatibilidad ABO:** Aunque la EHP incompatibilidad ABO es más frecuente, no produce afectación fetal sino posnatal en general luego de las 36 horas de vida, razón por la cual habitualmente no se investigan estos anticuerpos en el embarazo. Su incidencia y severidad no muestran un comportamiento universal, pues en países anglosajones es una entidad clínica muy benigna y es muy raro que el recién nacido requiera de exanguinotransfusión. Sin embargo, en países de Sudamérica, el Caribe, medio oriente, asia y áfrica, la incompatibilidad ABO es causa de EHP posnatal severa. Está determinada por la presencia de anticuerpos anti A o anti B inmunes del tipo IgG principalmente en madres del



grupo O con fetos A o B. Si bien esta incompatibilidad es bastante frecuente (15%), sólo algunos desarrollan EHP posnatal. Como mencionamos, los antígenos del sistema ABO no sólo se detectan en eritrocitos, se expresan también en tejido epitelial, endotelial, en forma soluble y en la placenta, ejerciendo un efecto protector en el feto y están poco desarrollados al nacer, razón por la cual la severidad de la afectación es menor que en la EHP por anti D.

(3)

## GLUCOSA

- ▶ Diabetes: las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante en las pacientes diabéticas planificar sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia y, si aún así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico.

## ORINA

### Infecciones del tracto urinario:

Se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro clínico abarca desde la bacteriuria asintomática, la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. A pesar de ser una enfermedad sistémica que se puede presentar fuera del embarazo ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen la aparición de este cuadro infeccioso.

Los gérmenes que producen las infecciones urinarias, son en general gramnegativos, aislándose en un 80% *Escherichiacoli* y en menor proporción *Proteusmirabilis*, *Klebsiella*



y *Aerobacter*. El 5 al 15% restante corresponde a gérmenes grampositivos, siendo el estafilococo el germen más frecuentemente aislado.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de pelvis, cálices y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento del reflujo vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino es la principal causa de hidroureter e hidronefrosis, pero la relajación del músculo liso, inducida por progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias entre el pH urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducida por el embarazo pueden facilitar el crecimiento bacteriano.

La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o de la región perianal. <sup>(3)</sup>

## **Examen de Orina**

### **1. Color urinario.**

La orina normal es semi-transparente y de color amarillo claro. Es más clara cuando se encuentra diluida, y oscura cuando está concentrada. Puede ser blanca, como en el caso de piuria, o presencia de cristales; o roja-cafesosa, en el caso de hematuria. La orina también puede ser amarillenta-cafesosa en caso de coluria (pigmentos biliares en la orina). Por medicamentos la orina puede cambiar de color.

### **2. Proteínas urinarias.**

Normalmente la excreción de proteínas es menor a 150 mg al día. En caso de haber proteinuria, la principal proteína urinaria en pacientes con enfermedades renales es la albúmina. Niveles elevados de proteinuria, que persisten en varias mediciones, deben ser tomados en consideración ya que implican anormalidades en la permeabilidad glomerular. Las globulinas predominan en alteraciones tubulares y en proliferación de las células plasmáticas (por ejemplo mieloma múltiple). La cantidad de proteinuria indica la gravedad de la enfermedad, y en un mismo enfermo, el aumento o disminución sirve para evaluar la progresión.



Proteinuria se define como una concentración de proteínas en la orina mayor a 300 mg/24 horas. Si es mayor de 3.5 g/24 horas, generalmente se asocia a Sd. nefrótico, donde sus causas más frecuentes son todo tipo de glomerulopatías, enfermedades sistémicas del tejido conectivo, diabetes mellitus, mieloma múltiple, amiloidosis, alteraciones circulatorias, como insuficiencia cardíaca crónica, pericarditis, trombosis de la vena renal; algunas infecciones bacterianas y virales, tumores y linfoma, entre otros.

### **3. pH Urinario.**

El pH urinario normalmente es alrededor de 6.0, y varía dependiendo del estado ácido-base sistémico, entre 4.5 y 8.0. Su mayor uso clínico ocurre en pacientes con acidosis metabólica, donde el pH de la orina puede disminuir a niveles bajo 5.0. En este caso, si la orina está alcalina, significa que hay un proceso de acidificación renal, como en el caso de acidosis tubular aguda.

### **4. Concentración urinaria.**

La concentración urinaria es una respuesta al control de la osmolalidad y volemia plasmática. De esta forma, su mejor forma de medición es la osmolalidad, y debe ser correlacionada con el estado clínico. Generalmente el riñón normal puede producir una osmolalidad que es 4 ó 5 veces mayor que la plasmática siendo su valor normal aproximadamente 800 mOsm, concentración que varía según el grado de hidratación del paciente. Esta medición es más útil en los estados de hiponatremia, hipernatremia, poliuria u oliguria. El valor normal es aproximadamente 1.020 por kg de orina.

### **5. Glucosa.**

Normalmente el túbulo contorneado proximal reabsorbe toda la glucosa filtrada, si ésta se encuentra en concentraciones bajo 180 mg/dl. De esta forma, glucosuria puede ocurrir como un hecho aislado (secundaria a hiperglicemia) o como manifestación de daño renal (glucosuria renal), donde es comúnmente asociada a otras manifestaciones en el caso de disfunción tubular proximal, como hiperfosfatemia, hipouricemia, aminoaciduria, acidosis tubular aguda, etc. Estas asociaciones son parte del Sd. de Fanconi, que puede resultar en variadas enfermedades, como mieloma múltiple, o acidosis tubular aguda o crónica.

No es recomendable monitorizar la diabetes mellitus con niveles de glucosa urinaria ya que no determina la presencia de hiperglicemia leve-moderada. Además depende del volumen orinado y su valor refleja la concentración plasmática media de glucosa, y no el nivel en un momento de muestra determinado.



## **6. Cuerpos Cetónicos.**

Estos elementos son producto de la oxidación de ácidos grasos, y normalmente no aparecen en la orina. En casos de cetoacidosis diabética, en ayunas, y en la intoxicación por metanol, su producción se encuentra aumentada, por lo que es posible detectarlos en la orina.

## **7. Bacterias.**

La presencia de bacterias en la muestra se debe principalmente a infección (ITU), a pesar que en numerosas veces se debe a contaminación, especialmente en muestras femeninas. Para identificar la(s) bacteria(s) de la infección se solicita el cultivo bacteriano llamado urocultivo.

## **8. Eritrocitos.**

Se llama hematuria a la presencia de glóbulos rojos en la orina. Puede ser macro y/o microscópica. El cambio del color, no refleja necesariamente el grado de la pérdida de sangre ya que 1 ml en 1lt induce un cambio de color visible. Por otra parte, se puede observar orina de color café-rojiza sin la presencia de eritrocitos, como es en el caso de hemoglobinuria y mioglobinuria. La hematuria microscópica se define como la presencia de más de 5 eritrocitos por campo microscópico de gran aumento. Se puede originar en cualquier segmento del tracto urinario. Cuando se presenta con dolor son causadas por nefrolitiasis, infarto renal o ITU.

## **9. Leucocitos.**

Generalmente se ven neutrófilos en infecciones, donde el urocultivo generalmente es positivo. Además de neutrófilos, se pueden observar eosinófilos y linfocitos, donde la presencia de eosinófilos indicaría nefritis intersticial aguda, y de los últimos, una infiltración renal, como en la enfermedad túbulo-intersticial crónica.<sup>(20)</sup>

## **SIFILIS**

La sífilis repercute severamente sobre el embarazo, especialmente sobre el producto, comprometiendo su evolución. Origina graves alteraciones congénitas y es causa frecuente de muerte fetal y del recién nacido. Los siguientes son los efectos más importantes de la sífilis sobre el embarazo:

- a. Es causa de aborto tardío, a partir de las 16 semanas de gestación.



- b. Produce retraso del crecimiento fetal.
- c. Origina muerte fetal (25%) y muerte del recién nacido (25 a 30%).
- d. En las gestantes sífilíticas la placenta es grande y se presenta pálida por fibrosis intersticial.
- e. En el recién nacido, pueden ser signos de sífilis: la rinitis persistente, linfadenopatía, exantema, hemorragia, ictericia, ascitis e hidropesía.
- f. La sífilis congénita, por infección del feto durante la vida intrauterina, tiene las siguientes manifestaciones:
  - Osteocondritis
  - Periostitis
  - Frente olímpica, prominente
  - Dientes de Hutchinson
  - Sordera
  - Neuro- sífilis

La sífilis neonatal, se produce cuando el feto se infecta al nacer en el conducto del parto, debido a que la madre ha contraído la enfermedad en la etapa avanzada del embarazo.

La prueba del VRDL (Venereal Disease Research Laboratory) debe practicarse como investigación rutinaria en el control prenatal, desde la primera consulta. Si hay sospecha, peligro de contagio o riesgo repetirse en el tercer trimestre. Esta es una prueba sencilla y de bajo costo para el despistaje. <sup>(3)</sup>

## VIH

Las mujeres con riesgo de infección deben evitar el embarazo hasta tanto se les someta a la detección de anticuerpos séricos HIV. Las pruebas se repetirán en caso de gestación.

Aunque en el embarazo los linfocitos T mantienen sus funciones, en general hay disminución de la inmunidad celular y humoral, especialmente para algunos virus, lo que podría hacer a la gestante susceptible al HIV.

El virus del SIDA causa infecciones congénitas en el recién nacido, iniciándose la enfermedad intraútero. La transmisión durante el parto, sea vaginal o abdominal, está también demostrada. En los casos de neonatos que fueron diagnosticados de SIDA, las madres pertenecían a grupos de alto riesgo.



La precocidad con la que muchos recién nacidos han desarrollado el SIDA, evidencia la infección transplacentaria del feto. <sup>(3)</sup>

En la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica.

Es importante ofrecer unos cuidados preconcepcionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación, considerándose la posibilidad de un aborto terapéutico.

Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8,3%<sup>15</sup>.

## **PAPANICOLAOU**

El cáncer de cuello es el más frecuente de los tumores malignos del aparato genital femenino. Según algunas estadísticas alcanza el 59%. Su incidencia en realidad varía de una región a otra y también de acuerdo a estratos sociales, grupos étnicos y costumbres.

En nuestro medio tiene elevada frecuencia y de acuerdo a las investigaciones de E. Valdivia Ponce se presenta en 59.5/100.000, mujeres mayores de 20 años, mientras en el embarazo señala la incidencia de uno por cada dos mil gestantes.

El cáncer de cuello, cuyas manifestaciones se inician en la época reproductiva, si se encuentra coincidiendo con el embarazo, ya sea en formas precancerosas o de carcinoma invasor; por ello es sumamente importante su detección rutinaria durante la gestación, aprovechando la asistencia de la mujer al control prenatal, que quien sabe de otra manera no se sienta obligada a la consulta para el despistaje de cáncer.

### *Diagnóstico*

El diagnóstico debe ser precoz y es posible hacerlo desde las etapas precancerosas, mediante la citología exfoliativa, favorecida por la accesibilidad del cérvix uterino a la exploración y a la toma fácil y simple de la muestra. La citología (Papanicolaou) según las técnicas regladas actualmente es un proceso rutinario y práctico para descubrir precozmente el cáncer de cuello uterino, haciendo posible el diagnóstico de los precursores de la enfermedad o sea la displasia y el carcinoma in situ.





La colposcopia, biopsia, cono y técnicas iconográficas como la pielografía, a veces la tomografía computarizada y la resonancia magnética son medios que se usan para establecer el diagnóstico, precisar la etapa clínica y consecuentemente establecer el tratamiento indicado. <sup>(3)</sup>

## **DIMENSIÓN CLÍNICA**

### **ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

#### **Enfermedades crónicas**

De entre los datos recogidos en la historia clínica resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo.

Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos.

Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto; éste puede ser el caso de mujeres con diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maníaco-depresiva, patología autoinmune, artritis reumatoide, enfermedades cardíacas, renales, tiroideas o fenómenos tromboembólicos, hipertensión arterial (HTA), infección por el virus de la hepatitis B (VHB), infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria.

Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

- **Hipertensión Arterial:** las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo.

Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfametildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes.

Factores de riesgo de hipertensión gestacional y preeclampsia (Granger, 2001)



- Nuliparidad
- Adolescencia
- Edad
- Mayor de 35 años
- Embarazo múltiple
- Obesidad
- Historia familiar de preeclampsia-eclampsia
- Preeclampsia en embarazos anteriores
- Arterias uterinas anormales entre las 18 a 24 semanas por estudio doppler.
- Diabetes mellitus pregestacional
- Presencia de trombofilias
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades autoinmunes.

- **Asma:** el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil.

Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIR) o malformaciones congénitas entre los dos grupos.

El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. Algunos autores, realizando el seguimiento de las gestaciones de mujeres asmáticas han detectado que 1/3 de las gestantes mejoraban de los síntomas del asma, 1/3 empeoraban y otro tercio no modificaba su evolución; además se ha detectado concordancia de la evolución del asma en cada embarazo.

En la consulta preconcepcional aconsejaremos como tratamiento de elección la terbutalina por vía inhalatoria. En caso de mal control con fármacos agonistas  $\beta_2$  se emplean corticoides inhalados (beclometasona y budesonida) e incluso en casos de asma severa se pueden aconsejar corticoides por vía oral, valorando el riesgo-beneficio del tratamiento.

- **Enfermedad tiroidea:** en el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad. Los fármacos antitiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del



tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.

- ▶ **Epilepsia:** en la epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.

- ▶ **Diabetes:**

La OMS define como diabetes mellitus a un estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar de múltiples factores ambientales y genéticos, los que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser consecuencia de la falta de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción.

Clasificación:

1. Diabetes pre gestacional. Es aquella diabetes conocida y diagnosticada en una paciente no embarazada. Se reconocen dos tipos diferentes: tipo 1 (insulinodependiente o juvenil) y tipo 2 (no insulinodependiente, estable del adulto)
2. Diabetes gestacional. Es la diabetes que se inicia o pesquisa por primera vez durante la gestación. En este grupo se distinguen categorías clínicas de diferente severidad, pronóstico y tratamiento.

El término DG surgió del análisis de los antecedentes obstétricos (macrosomía y muerte intrauterina inexplicables) de las mujeres en las que se manifestaba clínicamente la diabetes mellitus.

La frecuencia de DMG varía entre 2 y 17 % según distintas publicaciones de diferentes regiones. Epidemiológicamente se reconocen como factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional a múltiples factores dietéticos, ambientales, familiares, genéticos, patológicos y obstétricos.

- ▶ **Cardiopatías:**

La asociación entre cardiopatía y embarazo oscila del 1 al 4%. En la mayoría de los países latinoamericanos, las cardiopatías ocupan el primer lugar en la lista de causas



obstétricas indirectas de mortalidad materna. Los riesgos para la vida de la embarazada y la de su hijo están aumentadas, aunque la mayor parte de las mujeres con enfermedad cardíaca cursan embarazos sin mayores dificultades.

El embarazo en estas condiciones acarrea problemas clínicos especiales que deben ser conocidos y tratados.

Frecuentemente la cardiopatía se conoce desde antes del comienzo del embarazo, sin embargo algunas mujeres llegan al control prenatal ignorando su estado cardiológico. En estos casos será el obstetra el responsable de detectar el problema y referir a la paciente al cardiólogo para su seguimiento en conjunto.

El control preconcepcional adquiere en estas circunstancias un rol destacado. Ante una cardiopatía conocida, un buen estudio cardiológico funcional previo permite asesorar a la mujer sobre el momento oportuno para iniciar un embarazo seguro o sobre la conveniencia de no asumir un embarazo, según el grado de compromiso funcional cardiovascular existente.

► **Nefropatías:**

Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye.

► **Tuberculosis:** ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes como inmigrantes del tercer mundo, pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico.

Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratogénico en caso de gestación.



## DIMENSIÓN INMUNOLÓGICA

### Enfermedades infecciosas y vacunaciones

En la valoración de la futura gestante es importante resaltar, dentro de sus antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado de vacunación.

- ▶ **Rubeola:** La primoinfección materna con el virus de la rubéola en el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. De un 15 a un 20% de la población general no tiene inmunidad contra esta enfermedad. El médico de Atención Primaria debe detectar y proceder a la vacunación de la población femenina no inmunizada, antes de la gestación y aconsejar sobre los métodos para evitarla en los 3 meses siguientes.
- ▶ **Toxoplasma:** la prevención de la toxoplasmosis en la mujer gestante es motivo de debate y además no se dispone actualmente de una vacuna para la inmunización. En parte de Europa se realiza el *screening* rutinario de toxoplasmosis en gestantes para identificar a las pacientes no inmunes y prevenir casos de infección congénita mediante el cambio de los hábitos de conducta: evitar el contacto con heces de gatos y comer carne poco cocinada o no congelada previamente. Otros autores sostienen que sólo se debe determinar la serología antitoxoplasma, clamidia, tuberculosis o VIH en mujeres con riesgo alto<sup>2</sup>. Incluso Leuzzi sostiene que por la baja prevalencia de infección aguda por toxoplasma en gestantes y la imprecisión de las pruebas diagnósticas no es necesario realizar este tipo de *screening* que es preferible el consejo preventivo a las gestantes.

Las gestantes con toxoplasmosis aguda presentan un riesgo del 40 al 50% de infección fetal y de un 10% en neonatos. La infección congénita es más frecuente en gestantes que presentan la enfermedad en el tercer trimestre de gestación y las secuelas de la infección tardía son menores. Sin embargo cuando la infección se presenta en el periodo periconcepcional o en el primer trimestre, puede producir lesiones neurológicas severas en el feto e incluso muerte intraútero.



- ▶ **Hepatitis:** el 90% de los portadores crónicos de VHB han sufrido la infección de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las gestantes que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen de un 70 a un 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección perinatal y el 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta. Un estudio prospectivo ha demostrado la reducción de la incidencia de carcinoma y cirrosis de hasta un 75% en hijos de madres HbsAg positivo con la administración de la inmunoglobulina anti-VHB y de la vacuna anti-VHB antes de las 48 horas tras el nacimiento.
- ▶ **Anti-tetánica:** La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario vacunal así lo exige.

La consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise.

Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña vacunal y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico.

Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación antihepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable.



## **DIMENSION PSICOSOCIAL**

### **Estado de salud mental**

El momento de la preconcepción desempeña un rol decisivo, por la enorme importancia que toda mujer llegue al embarazo en las condiciones biológicas, psíquicas y sociales idóneas.

(21)

Por la literatura especializada se sabe que las mujeres están más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de sus vidas en una proporción de 2 a 1 en comparación con los varones (22)

A lo largo del embarazo, toda mujer experimenta una gran cantidad de cambios; fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos. La actitud que tome hacia estos cambios y la relación y expectativas que muestre con respecto a su futuro papel como madre, se encuentra influido, por la sociedad en la que vive, por su historia personal y por la relación con su pareja y con la familia.

Dentro este contexto, la depresión es una de las complicaciones mas frecuentes en el embarazo, siendo su prevalencia del 4 a 16%. Su estudio es desafiante ya que es difícil distinguir los síntomas de depresión de aquellos que ocurren normalmente en la gestación.

(22)

La mayoría de las mujeres sobre todo aquellas que se encuentran emocionalmente y psicológicamente dentro de los límites de la normalidad, sienten y experimentan el embarazo como una autorrealización, ya que entra dentro de sus objetivos y se encuentra en tiempo y momento, es decir, que ya realizaron otras muchas actividades y se trata de un embarazo deseado. Otras mujeres lo ven como una obligación, ya que la sociedad se los reclama o como una forma de asegurar su status como mujer y otras más ven y viven su embarazo como algo muy negativo.(21)

Además del antecedente de depresión, existen factores de riesgo, como: la primiparidad, la falta de apoyo familiar y social, abuso de alcohol, ambivalencia hacia la gestación, eventos vitales negativos, baja condición económica, etc. (Rondon 2002)



Las consecuencias de esta enfermedad están asociadas a una sustancial carga social, clínica y económica. Por lo mismo, el estudio de su prevalencia es de mucha importancia porque, a partir de esto, se podrá evaluar el impacto de la calidad de vida de las gestantes y de sus familias, la carga económica asociadas a las familias, lo cual provee de datos para el manejo integral de esta enfermedad. <sup>(22)</sup>

La depresión durante la gestación se presenta más frecuentemente en el segundo y tercer trimestre. La mayoría de ellas no experimenta remisión espontánea de sus síntomas sino que por el contrario, correrá el riesgo de presentar depresión puerperal. <sup>(22)</sup>

El riesgo de una depresión postparto aumenta cuando la madre o su familia tienen una historia de depresión previa o cuando la madre ya ha tenido enfermedades psiquiátricas postparto. Las mujeres con antecedentes de depresión mayor o de depresión postparto tienen de 3 a 5 veces más probabilidades de presentar una recaída postparto. <sup>(21)</sup>

## **Sustancias nocivas**

### Alcohol

El alcoholismo constituye uno de los primeros problemas de salud pública en la mayoría de los países y afecta de manera diferencial a hombres y mujeres.

El impacto que tiene el consumo de sustancias en la vida y salud de las mujeres se relaciona con los roles, funciones y expectativas que les son asignados, entre ellas el cuidado y continuidad de la familia. Es por eso que la ingesta de alcohol durante el embarazo representa una problemática particular debido a que afecta la salud de la madre y la del producto. <sup>(23)</sup>

En el caso de las mujeres en edad reproductiva no gestante, la ingesta de alcohol puede provocar ciclos menstruales irregulares y períodos anovulatorios (la menstruación que ocurre sin ovulación).

Durante el embarazo la mujer alcohólica tiene un riesgo elevado de presentar importantes complicaciones obstétricas. Además, aumenta el riesgo de que los niños nazcan con bajo peso, diversas anomalías congénitas y afecta el desarrollo conductual y del aprendizaje.





El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos, deficiencias del crecimiento pre y post natal que no solo explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia. Es posible que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol, se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del cito esqueleto. No existe ningún nivel “seguro” en la ingesta de alcohol, por lo que debe aconsejarse la abstinencia total de este hábito, durante el embarazo.<sup>(24)</sup>

Se realizó un estudio de casos en donde se entrevistaron a 200 mujeres que solicitaron ayuda para tratar problemas relacionados con su manera de beber, en dos clínicas de tratamiento de la Ciudad de México. 57.5% de ellas consumió algún tipo de bebida durante el período de gestación. En este grupo se encontró un porcentaje elevado de antecedentes familiares de consumo (93.5%), sobre todo en padres y hermanos; el 70.3% de las mujeres que bebieron durante su embarazo cubrió por lo menos 3 de los 7 indicadores de dependencia del DSM-IV. El 12% de las mismas presentó aborto espontáneo, 13.7% parto prematuro; 5.5% muerte fetal; 6.8% anomalías congénitas y 13.7% tuvieron hijos con bajo peso.

### Tabaco

El hábito de fumar se ha ido incrementando en los últimos años sobre toda en la población femenina, siendo este nocivo hábito responsable de numerosos trastornos como abortos, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, partos pretérmino, entre otros. En la bibliografía consultada se apreciaron trabajos como el realizado por Bortman M., donde las mujeres que tenían como hábito el tabaquismo presentaron 6.5 veces más probabilidad de tener óbito fetal que las no fumadoras. <sup>(25)</sup>

Rodríguez A y Hernández I, su estudio realizado plantearon que el 59,3% de las mujeres con riesgo preconcepcional eran fumadoras y gran parte de estas presentaron complicaciones como Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR), bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva gravídica entre otras. <sup>(26)</sup>

Esto es importante para ambos miembros de la pareja debido al humo pasivo durante el embarazo o después de nacido el bebé – investigaciones han demostrado que los niños expuestos al humo pasivo tienen también una mayor posibilidad de padecer problemas de



salud, debido a que la nicotina provocan alteraciones circulatorias con daño del lecho vascular placentario lo que atenta contra la nutrición y oxigenación fetal. <sup>(24)</sup>

### Drogas ilegales

El consumo de marihuana reduce la fertilidad tanto masculina como femenina. En el caso de las mujeres, el frecuente consumo de esta droga a largo plazo podría elevar notablemente las probabilidades de infertilidad por problemas menstruales. El consumo de marihuana podría detener la ovulación, de acuerdo a los resultados arrojados por una serie de estudios. Se estima que la sustancia psicoactiva THC (tetrahidrocannabinol) contenida en la marihuana suprimiría la función del hipotálamo, inhibiendo el funcionamiento hormonal normal.

El consumo de drogas durante el embarazo afecta al estado nutricional materno y aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y morbilidad neonatal.

Sabemos que el consumo de marihuana durante el embarazo afecta seriamente la salud del feto, pero también antes del embarazo hemos de evitar el consumo de esta droga si se desea una preparación para un futuro embarazo. <sup>(27)</sup>

### **Grado de instrucción**

El factor educativo es también importante ya que según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 25% de los embarazos sucede en adolescentes que tenían como máximo grado de instrucción el ciclo primario, el 9.9% sucede en adolescentes que tenían como máximo grado de instrucción el ciclo secundario

Es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información.

Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo. Todo el equipo de Atención Primaria y especialmente el médico de familia debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional. Se debe establecer un proceso de información entre la población en edad reproductiva y los recursos humanos y técnicos a distintos niveles, de tal modo que sea posible delimitar, los casos de riesgo, valorar el riesgo individual, agotar los recursos diagnósticos, y proporcionar la información necesaria para que el individuo o pareja pueda tomar decisiones adecuadas y beneficiosas para su situación.



La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedarse embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas variables, además de en la información médica. <sup>(28)</sup>

### **Estado Civil:**

La relevancia del estado civil en los niveles de bienestar social de las mujeres, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos asociados con el estado civil de las personas en un sistema social (sobre todo en el caso de una sociedad en vías de modernización, que mantiene costumbres, valores y normas sociales tradicionales en torno de la familia y el papel de la mujer en la misma). <sup>(29)</sup>

Es el estado civil referido por las mujeres.

Las categorías posibles fueron:

- Casada: se consideró aquellas que tenían una relación marital legalmente establecida.
- Soltera: se consideró la que no tenía una relación estable.
- Unida: se consideró aquellas que mantuvieron una relación estable, con convivencia familiar, por 6 meses o más al momento de aplicar el instrumento, pero que no estaban casadas legalmente
- Divorciada: se consideró aquella que estando previamente casada, efectuaron la ruptura de sus relaciones maritales legalmente ante las autoridades correspondientes. <sup>(30)</sup>



### 3.2 Antecedentes:

En relación al estado de salud y los factores de riesgo preconcepcional, se tienen las siguientes investigaciones internacionales:

Rached de Paoli, Henriquez, Azuaje (2001), realizaron un estudio sobre la efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. El peso preconcepcional demostró ser efectivo para diagnosticar las mujeres desnutridas. En sus resultados se evidenció que el peso preconcepcional es sensible para diagnosticar a las gestantes desnutridas, lo cual es de gran utilidad especialmente en los niveles de atención primaria por la escasa disponibilidad de herramientas diagnósticas. <sup>(5)</sup>

Prendes, Reyes, González y Serrano (2001), estudiaron el riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Concluyendo que los factores de riesgo reproductivo preconcepcionales más frecuentes fueron la desnutrición, menos de 2 años desde el último parto y la edad menor de 18 años. La Consulta de Planificación Familiar influyó poco en la modificación de factores de riesgo y el incremento en el nivel de conocimientos de sus factores de riesgo. <sup>(6)</sup>

Durán y González (2002), realizaron un estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Este estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud de Villagarcía de Arosa y Marín UAP II, ambos correspondientes al área sanitaria norte de la provincia de Pontevedra, durante el período comprendido entre el 14 de julio y el 11 de agosto de 1999. Los participantes en el estudio fueron mujeres en edad fértil (entendiendo como tal el grupo de mujeres entre 15 y 49 años). Se tomó una muestra de 200 mujeres escogidas aleatoriamente según acudían a las consultas por diferentes motivos, o en salas de espera de otras consultas, especialmente de matronas y pediatría. El estudio concluyó, que las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo. Así también tener en cuenta que todo el equipo de Atención Primaria y especialmente el médico de familia debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional. Para ello se debe solicitar formación continua en este campo, que permita una mayor fluidez en la comunicación con la mujer. <sup>(7)</sup>



Cabrera, Ortega, Orbay y Sanz (2005) realizaron una investigación sobre el Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio estuvo constituido por 412 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, pertenecientes a 3 consultorios, seleccionados en forma aleatoria simple, en el Policlínico Docente "Plaza de la Revolución", en el período comprendido entre enero de 2002 a enero de 2004. Se revisaron historias clínicas individuales (HCI), las de salud familiar (HSF), las tarjetas de control de RRPC, y las historias clínicas obstétricas (HCO) de aquellas mujeres embarazadas captadas que tuvieron su parto dentro del período de estudio. Se obtuvieron como resultados: un subregistro del riesgo preconcepcional, y el factor de riesgo de mayor prevalencia fue la edad menor de 18 años. <sup>(8)</sup>

Pupo, Almarales, Tamayo (2007) se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada, Manatuto. Timor Leste desde el 1 de septiembre de 2006 hasta el 31 de marzo de 2007. El universo y la muestra quedaron conformado por 154 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. La información fue recopilada de las historias clínicas individuales y la plantilla de los datos, creada al efecto. Los datos fueron procesados de forma computarizada y llevados a tablas para su posterior análisis y discusión. El factor de riesgo más frecuente fue el bajo nivel escolar. El gran porcentaje de las mujeres no tenían percepción del riesgo, de las mujeres con riesgo gran número no estaban controladas. Los métodos más usados fueron los hormonales: inyectables y tabletas anticonceptivas. <sup>(9)</sup>

Diago (2007) realizó una investigación sobre la consulta de riesgo preconcepcional de un municipio de salud. El objetivo era apreciar el uso adecuado de la consulta de riesgo preconcepcional (RPC). Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo-analítico de la consulta RPC en el Policlínico California en el municipio San Miguel del Padrón en la C. Habana, comprendido desde Enero del 2004 a Noviembre del 2007, con una población global de 23 699 mujeres, en edades comprendida entre 15 y 49 años. Obteniendo un universo de 360 mujeres dispensadas por medio de tarjetas en las consultas. Se llegó a la conclusión que del total de mujeres de 15-49 años (23 699) en las tres áreas, el 1,51 % se encuentra dispensa en la consulta de RPC municipal. Así también los factores más frecuentes correspondieron a: riesgo social, adolescente, madre menor de un año. Y como método anticonceptivo prevalecen los hormonales (tabletas e inyectables). <sup>(10)</sup>



Cruz, Lang y Márquez (2007) realizaron una revisión bibliográfica acerca del Control preconcepcional de la paciente diabética. En este trabajo se recogen las experiencias en relación con este tema y las pautas de acción en la consulta de Riesgo Materno Preconcepcional de la Mujer Diabética. Se realizó una amplia revisión de los cuidados que debe recibir una mujer diabética antes de que decida embarazarse. Teniendo como resultados: la necesidad de lograr un control metabólico adecuado previo a la gestación para evitar la aparición de malformaciones fetales, que pueden presentarse si existe hiperglicemia durante el período de embriogénesis del embarazo. También es importante precisar la existencia de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus y su grado, dado que algunas deben ser corregidas antes del embarazo, o en dependencia de la severidad o del tipo, pudieran desaconsejarlo. Se hace imprescindible además, brindar orientación anticonceptiva a estas mujeres mientras espera el momento más adecuado para enfrentar la gestación. <sup>(11)</sup>

Pérez Águila y Pérez Hernández (2009) realizaron una investigación acerca del Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres fértiles en el área de salud Raúl Leoni. Municipio Barinas. Se realizó un estudio descriptivo de corte prospectivo con el objetivo de determinar el comportamiento de las mujeres con riesgo reproductivo del consultorio Raúl Leoni, el universo estuvo constituido por 141 mujeres fértiles, municipio Barinas; Venezuela en el periodo comprendido entre marzo del 2008 a enero 2009, como resultados se obtuvieron que los factores de riesgos que más predominaron fueron la multiparidad, seguido del período intergenésico corto; el hábito de fumar constituyó el más frecuente de los hábitos tóxicos; la hipertensión arterial fue la enfermedad que más incidió; mientras que las edades más frecuente fueron los grupos de 15 -19 años; la mayoría de las paciente tenían un bajo nivel de escolaridad; el método de control reproductivo que más se utilizó fueron las tabletas anticonceptivas seguidas de los Dispositivos Intrauterinos, contando con poca accesibilidad a los servicios de Salud. <sup>(12)</sup>

López Garrido, López Arrazola, Hernández y Garrido (2009) realizaron un estudio titulado “¿es la vista preconcepcional una consulta demandada por las mujeres?”. El estudio se realizó en mujeres primíparas del área de salud de Guadalajara y Alcalá de Henares, se obtuvo una muestra de 150 mujeres, a las cuales se les aplicó una encuesta de 10 preguntas cerradas que fueron repartidas en el puerperio y visitas puerperales en sus centros de salud. Como resultados de la investigación se encontró que la consulta



preconcepcional es hasta hoy más teórica que práctica, siendo utilizada en contadas ocasiones y además, existe un mayoritario desconocimiento de su existencia. Teniendo en cuenta que son muchos los beneficios que se pueden obtener con su realización, recomiendan ponernos manos a la obra y hacer de la consulta preconcepcional no un constructo teórico sino una realidad. <sup>(13)</sup>

En cuanto a las investigaciones nacionales, se encontró lo siguiente:

Jiménez, Zúñiga y Peña (2001) realizaron una investigación acerca de la valoración de la obesidad preconcepcional como factor de riesgo de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital de apoyo nº 01 de Tumbes. Se realizó un trabajo de investigación tipo descriptivo correlacional con una muestra no probabilística de 97 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Inducida por el embarazo, durante el período comprendido entre enero de 1998 a julio de 2000. Encontrando en los resultados que existe una relación de dependencia de la Hipertensión Inducida por el Embarazo al sobrepeso u obesidad preconcepcional en la población total y en el grupo etáreo de 25 a 35 años, no siendo así en el grupo etáreo de 14 a 24 años; además, no hubo relación de dependencia entre los grados de sobrepeso con la gravedad de las categorías hipertensivas; tampoco hubo relación entre la edad materna con la frecuencia y gravedad de la hipertensión inducida por el embarazo en las pacientes con sobrepeso. <sup>(14)</sup>



### 3.3 Definición conceptual de variables

**Factores de riesgo preconcepcional:**

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad y que se va dar en toda mujer antes de la concebir.

**Nivel de instrucción:**

Es definido como el grado máximo terminado, es decir, el nivel más avanzado al que se haya asistido, de acuerdo al sistema educativo del país en el que se recibió la instrucción educativa.

**Hábitos nocivos:**

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático y tienen consecuencias negativas para nuestras vidas, siendo fuente de insatisfacciones. Algunos de ellos son notoriamente dañinos y difíciles de eliminar.

**Estado civil:**

El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**Ingreso mensual:**

Son los ingresos por conceptos de sueldos y salarios, ganancias provenientes del trabajo independiente, incluido al autosuministro y el valor del consumo de productos agrícolas (aquí se incluye el ingreso de la ocupación principal).

**Salud Mental:**

Es el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.





### 3.4 Operacionalización de las variables: Variable dependiente: El estado físico preconcepcional

Variable	Dimensión	Indicador	Valores	Criterios de medición	Tipo de variable	Instrumento
Factores de riesgo preconcepcional	Física	Edad	Adec. / No adec.	20-35 / <20 o >35	Cuanti, continua	Cuestionario
		Índice de masa corporal	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	< 18,5 18,5 - 24,9 25 – 29,9 > 30	Cuanti. Continua	Cuestionario
	Bioquímica	Hemoglobina	Anemia/ No ane.	Anemia: < 11 g/dl No anemia: > 11 g/dl	Cuanti. Continua	Pruebas de laboratorio
		Grupo sanguíneo	O / A / B / AB	O / A / B / AB	Cuali. Nominal	
		Factor Rh	Rh+ / Rh-	+ / -	Cuali. Nominal	
		Glucosa en ayunas	Normal / anormal	Normal: < 100 mg/dl Anormal: > 100 mg/dl	Cuanti. Continua	
		Orina	Normal / Anormal	Normal: gérmenes (-) Anormal: gérmenes (+)	Cuali. Nominal	
		Sífilis y VIH	+ / -	+/-	Cuali. Nominal	
		Prueba de PAP.	Normal / Anormal/No se hizo	Sin alteraciones/ alteraciones/No se hizo	Cuali. Nominal	
	Clínica	Antecedentes Patológicos Familiares	Si No	Si: HTA, TBC, diabetes, cardiopatías, nefropatías, VIH, otros. No: ninguno	Cualitativo nominal	Cuestionario
		Antecedentes Patológicos Personales	Si No	Si: HTA, TBC, diabetes, cardiopatías, nefropatías, VIH, otros. No: ninguno	Cualitativo nominal	Cuestionario
		Antecedentes ginecológicos	Menarquia IRS Nº PS	< 13 / 13-15 / > 15 años < 15 / 15 -19 / > 19 años 1 / 2 / 3 a más	Cuanti. Nominal Cuali. Nominal Cuanti. Nominal	Cuestionario
	Inmunizaciones	Rubeola, Hepatitis B, Anti-tetánica.	Si No	Si: vacunada No: no esta vacunada	Cualitativo Nominal	Cuestionario



### Variables Independientes:

Variable	Dimensión	Indicadores	Valores	Criterios de Medición	Tipo de Variable	Instrumentos
Nivel de Instrucción	Educativa	Nivel Alcanzado	Sin educación Primaria Secundaria Superior	Según año académico alcanzado	Cualitativo Nominal	Cuestionario
Hábitos Nocivos	Psicosocial	Fumadora habitual Alcohólica Drogadicta Medicamentos	Si /No Si /No Si /No Si / No	Si: > 1 cigarro diario Si: ingiere alcohol diariamente Si: consume drogas Si: consume medicamentos	Cuantitativa discreta	Cuestionario
Estado civil	Social	Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Conviviente	DNI	Cualitativo Nominal	Cuestionario
Ingreso mensual	Económico	Sueldo	<s/. 500 s/.501-s/.1000 s/.1001-s/.1500 > s/.1500	boletas de pago, recibos por honorarios, etc.	Cuantitativa continua	Cuestionario
Salud mental	Psicológica	Enfermedad mental	Presenta / No presenta	Presenta: Dx. Previo de padecimiento psiquiátrico y/o trastorno del ánimo	Cualitativo nominal	Cuestionario



## **5. MATERIALES Y METODOS**

### **5.1. Diseño de la investigación**

#### **5.1.1. Tipo de estudio**

Estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, prospectivo, cuantitativo.

#### **5.1.2. Ámbito de estudio**

Conformada por todas las mujeres que acuden al consultorio externo de obstetricia del C.S. "Villa Norte".

#### **5.1.3. Selección de la población**

Usuaría que acude al consultorio externo de obstetricia del C.S. "Villa Norte" para iniciar su control prenatal en el periodo Febrero – Julio del 2010.

#### **5.1.4. Muestra**

Todas las pacientes mujeres que acuden al consultorio externo del centro de salud "Villa Norte" en el periodo Febrero- Julio del 2010 y que inician su control prenatal, seleccionadas a partir de los criterios de inclusión.

El tipo de muestreo fue Muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **4.1.5 Criterios de Inclusión**

Pacientes mujeres nulíparas atendidas en el consultorio de obstetricia del centro de salud Villa Norte en el periodo Febrero – Julio 2010, antes de las 12 semanas de gestación; y que están dispuestas a participar en la investigación (cumplir con los principios de voluntariedad).

#### **4.1.6 Criterios de Exclusión**

- No cumplir con los criterios inclusión.
- Pacientes múltiparas.
- Pacientes con antecedentes de aborto.
- Pacientes atendidas fuera del periodo Febrero-Julio 2010.
- Mujeres que no aceptaron el consentimiento.



#### **4.1.7 Análisis de información**

Se utilizó programa de Microsoft Excell 2007 para crear una base de datos y elaborar tablas de frecuencias, gráficos que nos permitan hacer análisis y correlación entre las variables de estudio.

Dado que el presente diseño es de un estudio no probabilístico sus resultados y conclusiones se circunscriben solo al grupo de estudio por lo que no podrán ser extrapolados a la población de mujeres en edad fértil.

#### **4.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizará el llenado del cuestionario a partir de una entrevista a las participantes y de los resultados de laboratorio.

##### **4.2.1 Diseño de instrumentos**

Se elaboró el cuestionario, siendo validado por profesionales de la especialidad de obstetricia y ginecología, habiendo incorporado algunos cambios de contenido, habiendo consolidado un instrumento apropiado para la ejecución de una entrevista estructurada.

### **6. Ética de la investigación**

#### **5.1 Consideraciones éticas**

Se hará extensivo el uso del consentimiento informado previo a la aplicación de la ficha técnica preconcepcional.

Este documento nos garantiza la aceptación de la usuaria, la cual está informada de los objetivos de la investigación.

Se mantendrá la confidencialidad de la usuaria, ya que las fichas técnicas serán anónimas. La información registrada no podrá ser revelada a fuentes externas por tener fines académicos.

La aplicación de este proyecto especialmente de la ficha técnica preconcepcional, donde se aplican exámenes de laboratorio a la



usuaria, no serán perjudiciales para la salud de las mismas. Por lo tanto se respeta el principio de no maleficencia.

## **5.2 Consentimiento Informado**

Las usuarias fueron informadas sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, para lo cual se requirió el documento de autorización firmado por la usuaria, donde indique que participo voluntariamente. El cual se adjunta en los anexos.



## 7. RESULTADOS:

### Datos Personales:

#### CUADRO Nº 1: EDAD

EDAD	Nº de usuarias	%
< 19 años	15	28.3
20 - 28 años	34	64.2
29 -35 años	1	1.9
> 35 años	3	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El porcentaje de usuarias con edad adecuada para salir gestando es de 66.1%, mientras que el 33.9% de las usuarias tienen riesgo de salir gestando por no tener edad adecuada.

#### CUADRO Nº 2: IMC

IMC	Nº de usuarias	%
Bajo peso	3	5.7
Normal	17	32.1
Sobrepeso	28	52.8
Obesidad	5	9.4
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En el Centro de Salud Villa Norte se observó que el 52.8% se encuentra en sobrepeso, seguido de un IMC normal con un 32.1%.

#### CUADRO Nº 3: PROCEDENCIA

Procedencia	Nº de usuarias	%
Lima	50	94.3
Cajamarca	1	1.9
Piura	1	1.9
Iquitos	1	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La mayoría de las usuarias proceden de la provincia de Lima (94.3%). Solo se registró un 5.7% de usuarias provenientes de Cajamarca, Piura e Iquitos.



#### CUADRO Nº 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN

Nivel de Instrucción	Nº de usuarias	%
Sin educación	0	0
Primaria	8	15.1
Secundaria	29	54.7
Superior	16	30.2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El grado de instrucción prevalente es el de Secundaria (54.7%).

#### CUADRO Nº 5: Hábitos Nocivos

En la Usuaría:

Hábitos Nocivos (EN ELLAS)			Nº de usuarias	%
Tabaco	Si		0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100
Alcohol	Si	Habitual	0	0
		Social	0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100
Drogas	Si		0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100
Medicamentos	Si		0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100

El 100% de las usuarias encuestadas refirieron no tener ningún hábito nocivo actualmente.



En la Pareja:

Hábitos Nocivos (EN PAREJAS)			Nº de usuarias	%
Tabaco	Si		20	37.7
	No		33	62.3
TOTAL			53	100
Alcohol	Si	Habitual	1	1.9
		Social	25	47.2
	No		27	50.9
TOTAL			53	100
Drogas	Si		0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100
Medicamentos	Si		0	0
	No		53	100
TOTAL			53	100

Dentro de los hábitos nocivos considerados en la evaluación de la pareja, el alcohol fue el más predominante como un hábito social (47.2%). Cabe resaltar que el 37.7% de las parejas consume tabaco con una frecuencia de 1 cigarrillo/día.

#### CUADRO Nº 6: ESTADO CIVIL

Estado Civil	Nº de usuarias	%
Soltera	12	22.6
Casada	2	3.8
Separada	0	0
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
Conviviente	39	73.6
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En el centro de salud Villa Norte el 73.6% de las usuarias entrevistadas son convivientes. No se registraron usuarias viudas, divorciadas ni separadas.





#### CUADRO Nº 7: INGRESO MENSUAL

Ingreso Mensual	Nº de usuarias	%
<s/. 500	19	35.8
s/. 501 - s/. 1000	34	64.2
s/. 1001 - s/. 1500	0	0
>s/. 1500	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El ingreso mensual de la mayoría de usuarias (64.2%), fue de s/. 501 – s/.1000.

#### CUADRO Nº 8: SALUD MENTAL

Salud Mental (EN ELLA)		Nº de usuarias	%
Trastornos del ánimo	Si	14	26.4
	No	39	73.6
<b>TOTAL</b>		<b>53</b>	<b>100</b>
Enfermedad psiquiátrica	Si	0	0
	No	53	100
<b>TOTAL</b>		<b>53</b>	<b>100</b>

Según los resultados de test de Edimburgo (evaluación Psicológica) sólo el 26.4% presento depresión como trastorno del ánimo.

Mientras que el 100% de las usuarias encuestas refirieron no presentar enfermedades psiquiátricas.

#### ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

#### CUADRO Nº 9: MENARQUIA

Menarquía	Nº de usuarias	%
< 13 años	15	28.3
13 - 15 años	32	60.4
> 15 años	6	11.3
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El % de las usuarias que acudieron al consultorio de obstetricia, presentaron su menarquia entre los 13 y 15 años (60.4 %).



#### CUADRO Nº 10: INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES (IRS)

IRS	Nº de usuarias	%
< 15 años	9	17.0
15- 19 años	19	35.8
20 - 25 años	25	47.2
> 25 años	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El inicio de las relaciones sexuales fue frecuentemente a los 20- 25 años (47.2%).

#### CUADRO Nº 11: Nº DE COMPAÑEROS SEXUALES (Nº C.S.)

Nº de C.S	Nº de usuarias	%
1	37	69.8
2	12	22.7
3 a más	4	7.5
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Entre las usuarias encuestadas, el 69.8% refiere haber tenido una pareja sexual, el 22.7% tuvieron 2 parejas sexuales y el 7.5% tuvieron de 3 a más parejas hasta la actualidad.

#### CUADRO Nº 12: METODOS ANTICONCEPTIVOS

MAC	Nº de usuarias	%
Píldoras	9	16.9
Inyectables	17	32.1
del Ritmo	4	7.5
de barrera	11	20.8
Otros	2	3.8
Ninguno	10	18.9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Se observó que el 32.1% es usuaria de inyectables seguido del método de barrera con un 20.8%. Así también cabe resaltar que el 18.9% no usa ningún método anticonceptivo.



## EXAMEN GINECOLÓGICO

### CUADRO Nº 13: PAPANICOLAOU (PAP)

PAP	Nº de usuarias	%
Positivo	1	1.9
Negativo	2	3.8
No se hizo	50	94.3
Total	53	100

El 94.3% de las usuarias del centro de salud Villa Norte no se realizaron el examen de Papanicolaou. Y sólo el 1.9% de las que se realizaron tuvieron un resultado positivo.

### CUADRO Nº 14: PELVIMETRIA

Pelvimetría	Nº de usuarias	%
Pelvis ginecoide	50	94.3
Pelvis no ginecoide	3	5.7
Total	53	100

En la evaluación de pelvis se evidenció que el 94.3% presenta una pelvis ginecoide.

## EXAMENES DE LABORATORIO

### CUADRO Nº 15: HEMOGLOBINA (Hb)

Hemoglobina	Nº de usuarias	%
Anemia	6	11.3
No anemia	47	88.7
TOTAL	53	100

En el centro de salud Villa Norte, el 88.7% no presentaban anemia, y sólo el 11.3% de las usuarias encuestadas presentaron anemia.



#### CUADRO Nº 16: GRUPO SANGUÍNEO

Grupo Sanguíneo	Nº de usuarias	%
O	46	86.8
A	6	11.3
B	0	0
AB	1	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

En su gran mayoría las usuarias presentaron grupo sanguíneo tipo O. Y el 11.3% presentaron grupo A.

#### CUADRO Nº 17: FACTOR Rh

Factor Rh	Nº de usuarias	%
Positivo	53	100
Negativo	0	0

El 100% de las usuarias tienen un factor Rh positivo (Rh +)

#### CUADRO Nº 18: GLUCOSA

Glucosa	Nº de usuarias	%
Normal	51	96.2
Anormal	2	3.8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El 96.2% de las usuarias tienen valores normales de glucosa en ayunas.

#### CUADRO Nº 19: ORINA

Orina	Nº de usuarias	%
Normal	45	84.9
Anormal	8	15.1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

El examen de orina fue normal en el 84.9% de las usuarias.



#### CUADRO Nº 20: VIH

VIH	Nº de usuarias	%
Positivo	0	0
Negativo	53	100

No se encontró ninguna usuaria con VIH positivo

#### CUADRO Nº 21: SIFILIS

Sífilis	Nº de usuarias	%
Positivo	0	0
Negativo	53	100

#### INMUNIZACIONES

#### CUADRO Nº 22: RUBEOLA, HEPATITIS B Y ANTI-TETÁNICA

Inmunizaciones		Nº de usuarias	%
Rubeola	Si	3	5.7
	No	50	94.3
Hepatitis	Si	3	5.7
	No	50	94.3
Antitetánica	Si	22	41.5
	No	31	58.5

Se observa que la mayoría de pacientes no esta vacunada contra la rubeola y contra la Hepatitis B y sólo el 41.5% esta vacunada con la antitetánica.



## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

**CUADRO Nº 23: ANTEC. PATOL. PERSONALES**

Antecedentes Patológicos Personales	Nº de usuarias	%
Tuberculosis	1	1.9
Diabetes	0	0
VIH (+)	0	0
Infertilidad	0	0
Nefropatías	0	0
Hipertensión arterial	1	1.9
Cardiopatías	0	0
Hipertiroidismo	1	1.9
ITU	5	9.2
EPI	0	0
Otros	6	11.1
Ninguno	40	74.0
Total	54	100

Se observó que de las usuarias encuestadas el 74% no presento ningún antecedente personal. Mientras que el 11.1% presento otro tipo de antecedente como: Asma y Gastritis.



## CUADRO Nº 24: ANTEC. PATOL. FAMILIARES

Antecedentes Patológicos Familiares	Nº de usuarias	%
Tuberculosis	4	6.0
Diabetes	19	28.4
VIH (+)	0	0
Infertilidad	0	0
Nefropatías	0	0
Hipertensión arterial	14	20.8
Cardiopatías	0	0
Hipertiroidismo	1	1.5
ITU	0	0
EPI	0	0
Otros	9	13.4
Ninguna	20	29.9
Total	67	100

El 29.9% de las usuarias encuestadas refirieron no presentar antecedentes patológicos familiares, mientras que el 28.4% refirió la Diabetes como antecedente patológico familiar mas frecuente.



## CUADRO Nº25: RESUMEN DE RESULTADOS

Variables	Con Riesgo	Sin riesgo
<b>Datos Personales</b>		
Edad	33.9%	66.1%
Índice de Masa Corporal (IMC)	67.9%	32.1%
Procedencia	5.7%	94.3%
Nivel de Instrucción	15.1%	84.9%
Hábitos Nocivos (en ellas)	0%	100%
Hábitos Nocivos (en la pareja)	43.4%	56.6%
Estado civil	22.6%	77.4%
Ingreso Mensual	35.8%	64.2%
Salud mental	26.4%	73.6%
<b>Antecedentes gineco-obstétricos</b>		
Menarquía	28.3%	71.7%
Inicio de Relaciones Sexuales (IRS)	52.8%	47.2%
Numero de parejas sexuales	30.2%	69.8%
Papanicolaou	96.2%	3.8%
<b>Exámenes de Laboratorio</b>		
Anemia	11.3%	88.7%
Grupo Sanguíneo y factor Rh	0%	100%
Glucosa	3.8%	96.2%
Orina	15.1%	84.9%
HIV	0%	100%
Sífilis	0%	100%
Inmunizaciones	82.4%	17.6%
Antecedentes Patológicos personales	26%	74%
Antecedentes Patológicos familiares	70.1%	29.9%

Los resultados presentados a continuación corresponden a 53 mujeres en edad fértil (MEF) usuarias entrevistadas del C.S. Villa Norte que acudieron a los consultorios de obstetricia en el periodo Febrero- Julio y que cumplieron con los criterios de inclusión. Se observó que el 96.2% de la población no se realiza el





examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La falta de inmunizaciones representaron el segundo factor de riesgo más frecuente en esta población con 82.4%, dicho resultado se obtuvo del promedio de tres resultados que corresponden a diferentes enfermedades (Hepatitis 94.3%, Rubeola 94.3% y Antitetánica 58.5%). En tercer lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares con 70.1% (entre los mas frecuente están la diabetes con un 28.4%, hipertensión arterial con un 20.8% y la TBC con un 6%). La frecuencia del índice de masa corporal anormal que se registro en el estudio fue del 67.9%, el cual se obtuvo por la suma de la frecuencia de pacientes que no tuvieron un IMC normal como lo fue el: bajo peso 5.7%, sobrepeso 52.8% y obesidad 9.4%. El 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años, siendo este el quinto factor de riesgo más frecuente encontrado en la población.

Los factores de riesgo no significativos, es decir, que solo se presentaron en menos del 50% de la población, se encuentran: la edad inadecuada para la gestación, la procedencia (que en su mayoría fue la ciudad de Lima), el nivel de instrucción, estado civil, el ingreso mensual bajo, los trastornos del ánimo en las pacientes, menarquía, número de las parejas sexuales, la anemia, las alteraciones de los niveles de glucosa, examen de orina patológico y los antecedentes patológicos personales

No se registraron casos de VIH+, grupo sanguíneo con factor Rh (-), sífilis, ni hábitos nocivos en las usuarias entrevistadas del centro de salud Villa del Norte.



## 8. DISCUSIONES:

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario. De esta forma la mujer está expuesta a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la salud.

La evaluación de la mujer en edad fértil debe ser integral, donde se considere a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.

En nuestra investigación se observó que el 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal, considerándose el factor de riesgo más frecuente dentro de la evaluación integral a la mujer. El cáncer de cuello, cuyas manifestaciones se inician en la época reproductiva pueden coincidir con el embarazo, ya sea en formas precancerosas o de carcinoma invasor; por ello es sumamente importante su detección rutinaria durante la gestación, aprovechando la asistencia de la mujer al control prenatal, que quien sabe de otra manera no se sienta obligada a la consulta para el despistaje de cáncer. Para esta población la ausencia de toma de PAP se debe a desconocen del procedimiento y que no se cuenta con el material requerido en el centro de salud para llevar a cabo con estas actividades. Además por tener un costo adicional las pacientes no acceden a la toma de PAP.

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia, esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. El 28.3% de las pacientes en el estudio se encontraron entre una edad menor 18 años, siendo este un factor de riesgo no significativo para nuestra población estudiada, a diferencia de dos estudios realizados en diferentes países obtuvieron como resultado que el factor de riesgo reproductivo preconcepcional con mayor prevalencia fue la edad menor de 18 años, como la de Prendes, Reyes, González y Serrano (2001), y Cabrera, Ortega, Orbay y Sanz (2005).



Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro.

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. Rached de Paoli, Henriquez, Azuaje (2001), realizaron un estudio sobre la efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. En sus resultados se evidenció que el peso preconcepcional es sensible para diagnosticar a las gestantes desnutridas. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbilidad e mortalidad infantil.

En nuestra investigación se identificó que el 52.8% de las usuarias en edad fértil del C.S. Villa del Norte se encontraba con sobrepeso, el cual constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, entre las más frecuentes la diabetes gestacional, la hipertensión y la preeclampsia.

Jiménez, Zúñiga y Peña (2001) realizaron una investigación acerca de la valoración de la obesidad preconcepcional como factor de riesgo de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital de apoyo nº 01 de Tumbes. Encontrando en los resultados que existe una relación de dependencia de la Hipertensión Inducida por el Embarazo al sobrepeso u obesidad preconcepcional en la población total y en el grupo etáreo de 25 a 35 años, no siendo así en el grupo etáreo de 14 a 24 años; además, no hubo relación de dependencia entre los grados de sobrepeso con la gravedad de las categorías hipertensivas; tampoco hubo relación entre la edad materna con la frecuencia y gravedad de la hipertensión inducida por el embarazo en las pacientes con sobrepeso. A diferencia que en nuestra investigación no se realizó un estudio de asociación pero si cabe resaltar el alto porcentaje de pacientes que se encuentran en sobrepeso (52.8%) y el 1.9% de pacientes con antecedentes de hipertensión arterial.

El momento de la preconcepción desempeña un rol decisivo, por la enorme importancia que toda mujer llegue al embarazo en las condiciones biológicas, psíquicas y sociales idóneas. Diago (2007) realizó una investigación sobre la consulta de riesgo preconcepcional de un municipio de salud. Se llegó a la conclusión que del total de mujeres estudiadas los factores más frecuentes correspondieron a: riesgo



social y madre adolescente. Lo que sugiere que durante el embarazo, toda mujer experimenta una gran cantidad de cambios; fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos. La actitud que tome hacia estos cambios y la expectativa que muestre con respecto a su futuro papel como madre, se encuentra influido, por la sociedad en la que vive, por su historia personal y por la relación con su pareja y con la familia.

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control. En el 70.1% de nuestra población se detectó antecedentes patológicos familiares como la diabetes con un 28.4%, hipertensión arterial con un 20.8% y la TBC con un 6%, lo cual pueden repercutir en la salud de la mujer y en un futuro embarazo.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer. Las usuarias del centro de salud Villa del Norte en su mayoría concluyeron sus estudios de secundaria, pero solo el 30.2% tuvo acceso a estudios superiores lo que concuerda con el estudio realizado por Pupo, Almarales, Tamayo (2007) que tuvo el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada, Manatuto, encontrando que el factor de riesgo más frecuente fue el bajo nivel educativo. El gran porcentaje de las mujeres no tenían percepción del riesgo, de las mujeres con riesgo gran número no estaban controladas. Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo. Todo el equipo de Atención Primaria debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional.

Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.; es decir, que la misma condición de riesgo



no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

La meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.



## 9. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo que se registraron con mayor frecuencia fueron:
  - ✓ La ausencia de toma de Papanicolaou en el primer control prenatal fue en el 96.2% de las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa Norte encuestadas en el Periodo Febrero- Julio 2010.
  - ✓ El poco interés sobre la importancia de las inmunizaciones (la Hepatitis, Rubeola y Antitetánica) que tienen las mujeres en edad fértil usuarias del Centro de salud Villa Norte fue de un 82.4% en el Periodo Febrero-Julio 2010.
  - ✓ La frecuencia de antecedentes patológicos familiares que presentaron las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa Norte fue de un 70.1% resaltando la diabetes como una de ellas con un 28.4% en el periodo Febrero- Julio 2010.
  - ✓ Del total de mujeres en edad fértil usuarias encuestadas del centro de salud Villa Norte en el periodo Febrero- Julio 2010 el 67.9% presentó un índice de masa corporal anormal (IMC), resaltando que el 52.8% se encontraba con sobrepeso.
- Se identificó como factores de riesgo reproductivo materno y familiares más resaltantes a la diabetes, hipertensión arterial, TBC, asma y gastritis en las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa Norte encuestadas en el periodo Febrero-Julio 2010.
- El 100% de las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa Norte encuestadas el periodo Febrero- Julio 2010 no presentan ningún hábito nocivo (tabaco, alcohol, uso de medicamentos o drogas), mientras que el 43.4% de las parejas tiene como mínimo un hábito nocivo.
- De las mujeres en edad fértil usuarias del centro de salud Villa Norte evaluadas en el periodo Febrero- Julio 2010 el 73.6% no presento ningún trastorno del ánimo, mientras que el 26.4% de las evaluadas presento depresión como trastorno del ánimo.



## 10. RECOMENDACIONES

- Las actividades preventivas preconcepcionales dirigidas a las mujeres en edad fértil deben considerarse como una estrategia complementaria en la lucha por disminuir la mortalidad materna del país.
- Todo el equipo de Atención Primaria y especialmente del personal de salud encargado de la salud sexual y reproductiva, debe estar capacitado para educar a la mujer sobre los factores de riesgo preconcepcionales para evitar futuros embarazos complicados.
- Así también, debe estar capacitado para identificar de manera precoz y corregir los factores de riesgos preconcepcionales en toda mujer en edad fértil que acude a los Centros de Atención Primaria para lograr futuros embarazos saludables.
- Se debe promover tanto en el personal de salud encargado de la salud sexual y reproductiva como en las usuarias en edad fértil que acuden a los consultorios del C.S. Villa del Norte sobre la importancia de la toma de PAP, la importancia de las inmunizaciones y educar sobre hábitos de alimentación saludable.



## 11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Ministro de Salud del Perú. Mortalidad Materna en el Perú. Oficina General de Epidemiología. 2003. Perú. <http://www.saludarequipa.gob.pe>.
2. Continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. 2da Ed. Montevideo. 2010. <http://perinatal.bvsalud.org>.
3. Schwarcz, Sala, Duverges. Obstetricia. 6ta Edición. Buenos Aires. Editorial El ateneo. 2005.
4. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Ricardo Schwarcz y col. Ministerio de Salud. Argentina. 2001. <http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf>.
5. Rached de Paoli, Henriquez, Aguaje. Efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. Rev. Scielo – ALAN 2001; 51 (4). Caracas – Venezuela.
6. Prendes, Reyes, González y Serrano. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (4): 360-06. Ciudad de La Habana. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_4\\_01/mgi09401.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi09401.pdf)
7. Durán y González. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev. MEDICINA GENERAL 2002; 43: 252-262. <http://www.medicinageneral.org/abril2002/252-262.pdf>.
8. Cabrera, Ortega, Orbay y Sanz. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina General Integral 2005; 21 (3-4). Ciudad de La Habana. <http://www.monografias.com/trabajos-pdf902/riesgo-reproductivo-preconcepcional/riesgo-reproductivo-preconcepcional.pdf>.





9. Pupo, Almarales, Tamayo. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. Correo Científico Médico de Holguín 2008; 12(3).<http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>.
10. Diago. Consulta de riesgo preconcepcional de un municipio de salud. Rev. Ciencias. Cuba. 2007  
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAAIFEZuywGXJABVT.php>.
11. Cruz, Lang y Márquez. Control preconcepcional de la paciente diabética. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(4).
12. Pérez Águila y Pérez Hernández. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres fértiles. Rev. Electrónica de portalesmedicos.com.
13. López Garrido, López Arrazola, Hernández y Garrido. I Congreso de la Asociación Balear de Comares conjuntamente con la FAME. “¿Es la vista preconcepcional una consulta demandada por las mujeres?  
<http://www.comares.org/files/Arx359325.pdf>.
14. Jiménez, Zúñiga y Peña. Valoración de la obesidad preconcepcional como factor de riesgo de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital de apoyo nº 01 “j.a.m.o” de tumbes durante el período de enero de 1998 a julio de 2000. Tesis presentada para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. 2001.
15. Guia de control prenatal y embarazo normal. Dres. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002; 21 (002): 51-62.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91221201.pdf>.



16. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Ricardo Schwarcz y col. Ministerio de Salud. Argentina. 2001.  
<http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf>.
17. Guía para el continuo de atención de la mujer y del recién nacido focalizadas en APS. Capítulo II. Cuidado Preconcepcional. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. 2da Edición. Montevideo. 2010.  
<http://perinatal.bvsalud.org/pdf/continuocap2.pdf>
18. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. Cristina Bru Martín, Juan Miguel Martínez Galiano, Silvia de Dios Berlanga. 2008; 9 (1): 11-14.
19. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. M. Capitán Jurado, R. Cabrera Vélez. Vol. 11 – Núm. 4 – Abril 2001. MEDIFAM 2001; 11: 207-215.
20. Manual de Semiología. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Autor: Dr. Ricardo Gazitúa – 2004  
<http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/Orinatext.html>
21. LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL EMBARAZO. *Celia Cristina Urbina. Torres Sergio Javier. Villaseñor Bayardo*. Revista Digital Universitaria. 10 de noviembre 2005 • Volumen 6 Número 11.
22. La depresión no respeta la gestación. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol VII N°1 Enero – Junio 2006. Pag 41-47.
23. Riesgos asociados al consumo de alcohol el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México. Salud Mental, Vol. 30, No. 1, enero-febrero 2007.



24. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1)
25. . Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres fértiles. Autor: Dr. Pablo Alberto Pérez Águila | Publicado: 14/09/2009 | Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Atención Primaria.
26. . Rodríguez A, Hernández I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. [En línea]. Rev. Cubana Obstet. Gineco. .2004; 30(2): Disponible en: <http://cielo.sld.cu>.
27. Plenufar IV: Educación Nutricional en la Etapa Preconcepcional, Embarazo y Lactancia. Guía para completar la encuesta nutricional. 2005. [www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com).
28. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. M. C. DURÁN SANTOS, M. GONZÁLEZ TEIJEIRO.
29. Caracterización del riesgo preconcepcional. Dra. Danay González Moseguí. Pub. 10/03/2010. [www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com).
30. Modificaciones generales producidas por el embarazo. Universidad de Chile. Patricia Elgueta Prof. Asist. Emma Gómez G. 2005
31. R. Uauy, E. Atalah, C. Barrera, E. Behnke. Alimentación y nutrición durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad Medicina, Universidad de Chile. 2005.



## 12. ANEXOS

### INSTRUMENTO (Hoja 1)

UNMSM - EAP Obstetricia

#### FICHA TÉCNICA PRECONCEPCIONAL

Nº de Cuestionario: \_\_\_\_\_

Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

#### 1. DATOS PERSONALES:

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

#### 2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS:

Nivel de Instrucción:

- ☐ Sin educación  
☐ Primaria  
☐ Secundaria  
☐ Superior

Ocupación: \_\_\_\_\_

Habitos nocivos:

##### EN ELLA:

- ☐ Tabaco: ( ) Nº al día  
☐ Alcohol:  
( ) habitual ( ) social  
☐ Drogas: \_\_\_\_\_  
☐ Medicamentos: \_\_\_\_\_

##### EN LA PAREJA:

- ☐ Tabaco: ( ) Nº al día  
☐ Alcohol:  
( ) habitual ( ) social  
☐ Drogas: \_\_\_\_\_  
☐ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Estado civil:

- ☐ Soltera  
☐ Casada  
☐ Separada

- ☐ Viuda  
☐ Divorciada  
☐ Conviviente

Ingreso mensual:

- ☐ < S/. 500  
☐ S/. 501- S/.1000  
☐ S/. 1001 - S/. 1500  
☐ > S/. 1500

#### 3. SALUD MENTAL:

##### EN ELLA:

- ☐ Transtornos del ánimo  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
☐ Enfermedad psiquiátrica  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 4. EXAMEN FÍSICO:

Peso: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

J. Arenas Ayllón. A. Vásquez Díaz – ST 2009



## INSTRUMENTO

(Hoja 2)

UNMSM - EAP Obstetricia

### 5. ANTECEDENTES GINECOLÓGICO:

Menarquia: \_\_\_\_\_ IRS: \_\_\_\_\_ Nº C.S.: \_\_\_\_\_

Método Anticonceptivo:

☐ Oral Hormonal ☐ Del ritmo ☐ Ninguno: \_\_\_\_\_  
☐ Inyectables ☐ De Barrera ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### 6. EXAMEN GINECOLÓGICO:

PAP : ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No se hizo Dx: \_\_\_\_\_  
Secresión vaginal: ☐ Sin flujo ☐ Candidiasis ☐ Tricomoniasis ☐ Vaginosi bacteriana  
Pelvimetría: ☐ Pelvis Ginecoide ☐ Pelvis no ginecoide

### 7. EXÁMENES DE LABORATORIO:

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ ☐ Anemia ☐ No Anemia  
Grupo Sang. : ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB  
Factor Rh: ☐ Rh + ☐ Rh -  
Glucosa: \_\_\_\_\_ ☐ Normal ☐ Anormal  
Orina : \_\_\_\_\_ ☐ Normal ☐ Anormal  
VIH : ☐ Positivo ☐ Negativo  
Sífilis : ☐ Positivo ☐ Negativo

### 8 INMUNIZACIONES:

Rubeola: Si ☐ No ☐  
Hepatitis B : Si ☐ No ☐  
Anti-tetánica: Si ☐ No ☐

### 9 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

**PERSONALES:** ☐ Tuberculosis ☐ Hipertensión arterial ☐ ITU  
☐ Diabetes ☐ Cardiopatías ☐ EPI  
☐ VIH (+) ☐ Hipertiroidismo  
☐ Infertilidad ☐ Ninguno  
☐ Nefropatías ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**FAMILIARES:** ☐ Tuberculosis ☐ Cardiopatías  
☐ Diabetes ☐ Hipertiroidismo  
☐ VIH (+) ☐ Ninguno  
☐ Infertilidad ☐ Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Nefropatías  
☐ Hipertensión arterial

J. Arenas Ayllón. A. Vásquez Díaz – ST 2009



## EVALUACION PSICOLOGICA

	PUNTUACION			
	0	1	2	3
1.He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	Tanto como siempre	No tanto ahora	Mucho menos	No he podido
2.He mirado el futuro con placer:	Tanto como siempre	No tanto ahora	Mucho menos	No he podido
3.Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:	Casi siempre	Algunas veces	No muy a menudo	Nunca
4.He estado ansiosa y preocupada sin motivo:	Nada	Casi nada	A veces	Si
5.He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	Si	A veces	No mucho	Nada
6.Las cosas me oprimen o agobian:	Si	A veces	No mucho	Nada
7.Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:	Casi siempre	Algunas veces	No muy a menudo	Nunca
8.Me he sentido triste y desgraciada:	Casi siempre	Algunas veces	No muy a menudo	Nunca
9.He estado tan infeliz que he estado llorando:	Casi siempre	Algunas veces	No muy a menudo	Nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí	Si	A veces	No mucho	Nunca

(Hoja 3)



<b>misma:</b>				
---------------	--	--	--	--

*Puntuación:* a) = 0 puntos, b) = 1 punto, c) = 2 puntos, d) = 3 puntos. Por ejemplo, si eliges la primera respuesta, es 0 puntos y si es la última, 3 puntos. Suma la puntuación de las 10 preguntas.

Si sumas **más de 12 puntos**, hay una clara posibilidad de sufrir una depresión y es esencial consultar con el médico lo antes posible.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ....., he recibido información clara y he comprendido sobre los objetivos y procedimientos de la investigación.

Por tanto **ACEPTO** participar **VOLUNTARIAMENTE** del estudio.

-----

Firma de la usuaria

